様式１－１

健康チェックシート（来会前：１４日間）

学校名
所属

氏名

【チェック項目】

ア．平熱を超える発熱　イ．咳、喉の痛みなど風邪の症状　ウ．だるさ、息苦しさ

エ．味覚や臭覚の異常　オ．体が重く感じる、疲れやすい

カ．新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触

キ．同居家族や身近な知人で感染が疑われる方

ク．過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触

No	月　　日	曜日	体温	**上記ア～クの各項目に該当しなければ☑を入れる。**							
				ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク
14日前	月　　日		℃								
13日前	月　　日		℃								
12日前	月　　日		℃								
11日前	月　　日		℃								
10日前	月　　日		℃								
9日前	月　　日		℃								
8日前	月　　日		℃								
7日前	月　　日		℃								
6日前	月　　日		℃								
5日前	月　　日		℃								
4日前	月　　日		℃								
3日前	月　　日		℃								
2日前	月　　日		℃								
1日前	月　　日		℃								
上記項目に☑が入らなかった場合は、必ず医療機関を受診し、来会について引率責任者と検討すること											
来会日	月　　日		℃								